

ДОГОВОР НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ №

г. Уфа. Республика Башкортостан

Общество с ограниченной ответственностью "Многопрофильный медицинский центр "Клиника профилактики", расположенное по адресу: г. Уфа, ул. Первомайская, д.28а, тел. +7 (347) 200-08-28, юридический адрес: г.Уфа, ул. Первомайская, д.28а. Свидетельство ОГРН 1030203739818 выдано Межрайонной инспекцией Федеральной налоговой службы № 39 по Республике Башкортостан, Лицензия №ЛО-02-01-005780 выдана Министерством здравоохранения Республики Башкортостан 07 августа 2017г (При оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: медицинскому массажу. рентгенологии. сестринскому делу; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: терапии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: дерматовенерологии, акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий), кардиологии, неврологии, онкологии, ортодонтии, оториноларингологии (за исключением кохlearной имплантации). офтальмологии, профпатологии, психиатрии, психиатрии-наркологии, ревматологии, стоматологии ортопедической, стоматологии терапевтической, стоматологии хирургической, ультразвуковой диагностике, урологии, функциональной диагностике, фтизиатрии, хирургии, эндокринологии. При проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги): при проведении медицинских осмотров по: медицинским осмотрам (предрейсовым, послерейсовым), медицинским осмотрам (предварительным, периодическим); при проведении медицинских освидетельствований: медицинскому освидетельствованию на наличие медицинских противопоказаний к владению оружием, медицинскому освидетельствованию на наличие медицинских противопоказаний к управлению транспортным средством; при проведении медицинских экспертиз по: экспертизе профессиональной пригодности, экспертизе временной нетрудоспособности), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице директора Халатаева Александра Саидовича, действующего на основании Устава, с одной стороны и гражданин:

ФИО Заказчика / законного представителя

действующий (-ая) в интересах несовершеннолетнего, либо недееспособного, либо ограниченно дееспособного лица:

Ф.И.О. несовершеннолетнего, либо недееспособного, либо ограниченно дееспособного лица, реквизиты документа, удостоверяющего личность, дата рождения

именуемый (-ая) в дальнейшем «Заказчик» и «Законный представитель», с другой стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА.

1.1. Настоящий Договор определяет условия оказания платных медицинских услуг согласно закону "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" и закону "О защите прав потребителей". «Заказчик»/«Законный представитель» поручает, а «Исполнитель» обязуется оказывать «Заказчику»/«Законному представителю» платные медицинские услуги согласно графику работы, действующего прейскуранта или приобретенной программе.

1.2. Услуги оказываются согласно дополнительному соглашению, заключаемому с "Заказчиком" при его обращении.

1.3. Настоящий договор вступает в силу с момента его заключения (подписания) и действует бессрочно.

2. СТОИМОСТЬ И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ.

2.1 Цена медицинской услуги устанавливается согласно утверждённому прейскуранту.

2.2. При возникновении необходимости выполнения дополнительных работ, не предусмотренных Договором, данные услуги выполняются с согласия «Заказчика» с оплатой по прейскуранту.

2.3. «Заказчик»/«Законный представитель» производит оплату медицинских услуг наличными средствами, безналичным расчетом путем перечисления денежных средств на расчетный счет «Исполнителя», либо иными, не противоречащие ими действующему законодательству, способами.

2.4. «Исполнитель» имеет право предоставлять «Заказчику»/«Законному представителю» скидки на отдельные виды медицинских услуг в соответствии с дополнительным соглашением.

3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН.

3.1. «Исполнитель» обязан:

- оказать «Заказчику» квалифицированную, качественную медицинскую помощь;

- предоставить «Заказчику»/«Законному представителю» бесплатную, доступную, достоверную информацию о предоставляемой услуге.

3.2. «Исполнитель» имеет право:

- в случае возникновения неотложных состояний самостоятельно определять объём исследований, манипуляций, оперативных вмешательств, необходимых для установления диагноза, обследования и оказания медицинской помощи, в том числе и не предусмотренной Договором.

3.3. «Заказчик»/«Законный представитель» обязан:

-информировать врача до оказания медицинской услуги о перенесённых заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях;

-своевременно оплатить стоимость медицинской услуги;

-точно выполнять назначения врача, в том числе принимать лекарственные препараты, посещать лечебные процедуры в

срок указанный врачом, соблюдать диету;

-не совершать действий, заведомо наносящих вред его здоровью.

3.4. «Заказчик»/«Законный представитель» имеет право:

-на предоставление информации о медицинской услуге;

-ознакомиться с документами, подтверждающими специальную правоспособность учреждения и его врачей;

-на возмещение вреда в случае ненадлежащего оказания медицинской услуги;

-отказаться от получения медицинской услуги и получить обратно оплаченную сумму с возмещением «Исполнителю» затрат, связанных с подготовкой оказания услуги.

4. ИНФОРМАЦИЯ О ПРЕДОСТАВЛЯЕМОЙ МЕДИЦИНСКОЙ УСЛУГЕ.

4.1. Медицинские услуги производит врач, имеющий сертификат специалиста.

4.2. Перед оказанием медицинской услуги врач обследует «Заказчика», устанавливает отсутствие противопоказаний.

Объём обследования определяется лечащим врачом.

4.3. С учётом самой технологии выполнения медицинской услуги «Заказчик»/«Законный представитель» должен знать и осознавать вероятность (но не обязательность) вредных (побочных) эффектов медицинского вмешательства и осложнений, что может причинить вред здоровью «Заказчика».

4.4. В связи с тем, что побочные эффекты и осложнения возникают вследствие биологических

особенностей организма, а используемая технология оказания медицинской помощи не может полностью исключить их вероятность. «Исполнитель» не несет ответственность за наступление осложнений, если медицинская услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований. В случае если осложнения потребовали оказания срочной медицинской помощи, «Исполнитель» устраняет подобные вредные последствия без дополнительной оплаты.

4.5. «Заказчик»/«Законный представитель» подтверждает, что ознакомлен с дополнительной информацией, касающейся особенностей медицинских услуг и условий её предоставления.

5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

5.1. В случае ненадлежащего оказания медицинской услуги «Заказчик»/«Законный представитель» вправе по своему выбору потребовать:

-безвозмездного устранения недостатков оказанной услуги; -назначение нового срока оказания услуги; -определить другого специалиста для исполнения услуги; -соответствующего уменьшения цены оказанной услуги; -возмещения понесенных им расходов по устранению недостатков оказанной услуги в других медицинских учреждениях.

5.2. «Исполнитель» освобождается от ответственности за невыполнение или ненадлежащее исполнение своих обязанностей по Договору, если докажет, что это произошло вследствие непреодолимой силы или по другим основаниям, предусмотренным законодательством.

5.3. «Исполнитель» не несет ответственности в случае утаивания или дачи заведомо ложной информации медицинского характера «Заказчиком»/ «Законным представителем».

5.4. В соответствии с п.5. ч. 3 ст. 19 ФЗ от 21.11.2011 №323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ" сведения состоянии моего здоровья и диагнозе разрешаю предоставлять следующим лицам: ✓

6. ПОРЯДОК РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА.

6.1. Договор может быть расторгнут по соглашению сторон, либо в одностороннем порядке с уведомлением сторон за 30 дней.

6.2. «Заказчик»/«Законный представитель» вправе расторгнуть договор на выполнение работы (оказание услуги) в любое время, оплатив «Исполнителю» стоимость выполненной работы (оказанной услуги) до получения извещения о расторжении указанного договора.

7. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ.

7.1. Договор вступает в силу с момента его подписания сторонами и действует до момента исполнения обязательств.

7.2. Споры и разногласия решаются путём переговоров, привлечения независимой экспертизы и в судебном порядке.

7.3. До обращения в суд по поводу качества оказанных услуг стороны договариваются о проведении независимой экспертизы.

7.4. Для обращения в суд по поводу расторжения или изменения условий Договора обязательно предъявление претензии, которая рассматривается другой стороной в течение 15 дней.

7.5. С правилами внутреннего распорядка для пациентов ООО "ММЦ "КЛИНИКА ПРОФИЛАКТИКИ" ознакомлен.

8. РЕКВИЗИТЫ СТОРОН.

Исполнитель:

ООО "ММЦ "КЛИНИКА ПРОФИЛАКТИКИ"

Юр. адрес: 450112, РБ, г.Уфа, ул.Первомайская, д.28а

Факт. адрес: 450112, РБ, г.Уфа, ул.Первомайская, д.28а

Тел. (347) 200-08-28; www.КлиникаПрофилактики.рф

Расч. сч. № 40702810506000107442

Кор. сч. № 30101810300000000601

БИК 048073601, БАШКИРСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ № 8598

ПАО СБЕРБАНК Г.УФА,

ИНН/КПП 0273047431 / 027301001 ОГРН 1030203739818

ОКПО 15293025

Заказчик/Законный представитель

ФИО:

Паспорт (документ):

Адрес проживания:

Год рождения:

Тел:

(подпись Заказчика/Законного представителя)

(подпись) м.п.

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА
НА МЕДИЦИНСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ, ВМЕШАТЕЛЬСТВО, ОПЕРАЦИЮ, ЛЕЧЕНИЕ**

Настоящее согласие составлено в соответствии со ст. 20 ФЗ №323 от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»

Ф.И.О. пациента:	
Адрес регистрации:	
Серия, номер паспорта и дата выдачи:	
Ф.И.О. законного представителя пациента:	
Адрес регистрации:	
Серия, номер паспорта и дата выдачи:	

даю добровольное согласие на проведение в случае необходимости следующих процедур и манипуляций:

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование.
3. Антропометрические исследования.
4. Термометрия.
5. Тонометрия.
6. Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций.
7. Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций.
8. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).
9. Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические.
10. Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, реоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных).
11. Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования.
12. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутривожно.
13. Медицинский массаж.
14. Лечебная физкультура, далее по тексту «обследования»;

-Я согласен (а) также на проведение в ООО "ММЦ "Клиника профилактики" следующих медицинских вмешательств, операций:

-Я информирован (информирована) о целях, методах, рисках, характере и возможных эффектах диагностических и лечебных процедур, а также о том, что предстоит мне (представляемому) делать во время их проведения;

-Я понимаю, что в ходе выполнения указанных выше медицинских действий может возникнуть необходимость выполнения другого вмешательства, исследования, операции, не указанных выше. Я доверяю врачам и иным медицинским работникам принять соответствующее решение, в соответствии с их профессиональными суждениями выполнять любые медицинские действия, которые они сочтут необходимыми для улучшения моего (представляемого) состояния;

-Я согласен(а) на переливание мне (представляемому) донорской крови или ее компонентов в ходе операции и послеоперационном периоде, если возникнет такая необходимость;

-Я извещен(а), о том, что мне (представляемому) необходимо строго и неукоснительно выполнять все указания и рекомендации медицинских работников, которые я буду получать при прохождении определенных видов медицинских вмешательств, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия;

-Я предупрежден(а) и осознаю, что отказ от рекомендаций медицинских работников, может отрицательно сказаться на состоянии моего (представляемого) здоровья и привести к искажению результатов определенных видов медицинских вмешательств, что в свою очередь может привести к неверной интерпретации результатов определенных видов медицинских вмешательств;

-Я поставил(а) в известность врача обо всех проблемах, связанных с моим (лица, мной представляемого) здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщил(а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств;

-Мне даны полные и всесторонние разъяснения о характере, степени тяжести и возможных осложнениях моего заболевания (здоровья представляемого);

-Я ознакомлен(а) с порядком и правилами лечебно-охранительного режима ООО "ММЦ "Клиника профилактики" и обязуюсь их соблюдать;

-Я ознакомлен(а) и согласен(а) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое согласие на обследование и лечение в предложенном объеме;

-Разрешаю, в случае необходимости, предоставить информацию о моем диагнозе, степени и характере моего заболевания моим родственникам, законным представителям, гражданам:

Подпись пациента/законного представителя ✓ _____

Расписался в моем присутствии: _____ (подпись)

(Должность, ФИО)

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Форма разработана согласно № 152-ФЗ "О персональных данных" от 27 июля 2006г.

Я, нижеподписавшийся, подтверждаю свое согласие на обработку ООО "ММЦ "Клиника профилактики" (далее Оператор) моих персональных данных или персональных данных включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской стационарной, амбулаторно-поликлинической помощью, реабилитационно-восстановительного лечения, в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

В процессе оказания Оператором медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам, в интересах моего обследования и лечения, обрабатывать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, посредством внесения их в электронную базу данных медицинской информационной системы. Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, накопление, хранение, обновление, изменение, систематизацию, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС, ДМС, на включение в списки (электронные реестры) и обмен (прием и передачу) моих персональных данных со страховыми медицинскими организациями, другими ЛПУ и организациями (ФСС РФ), связанными договорными обязательствами с Оператором, с использованием машинных носителей или по каналам связи, с использованием шифровальных (криптографических) средств, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка осуществляется лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные для получения государственной и оперативной статистической отчетности, отчетных форм, предусмотренными документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по ОМС. договором ДМС. вышестоящими организациями, оказывающими руководящую, регламентирующую и методическую помощь Оператору. Настоящее согласие действует бессрочно.

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия. Я оставляю за собой право отозвать свое согласие на обработку персональных данных посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора.

Дата: _____ / _____ 2017г. / _____ / ✓ _____
(Ф.И.О полностью) подпись